

Les urticaires chroniques de l'enfant

D. HAMEL-TEILLAC

Résumé

L'urticaire chronique (plus de 6 semaines) de l'enfant est rare ; il est indispensable par l'interrogatoire, les signes associés et l'examen clinique de différencier les urticaires syndromiques, entrant par exemple dans le cadre des maladies inflammatoires, des urticaires chroniques isolées. La réalisation d'un bilan recherchant une étiologie ne se conçoit qu'après un interrogatoire minutieux qui permet souvent d'orienter vers une étiologie. Chez l'enfant, en dehors des causes parasitaires, les causes médicamenteuses, infectieuses, physiques... seront éliminées. En cas de négativité, une enquête alimentaire peut être utile.

Si la bibliographie concernant l'urticaire est importante, celle concernant spécifiquement l'urticaire chronique de l'enfant est beaucoup plus rare. Notre but ici va être, non pas tant de développer une analyse bibliographique, mais plutôt de donner une expérience personnelle.

Généralités

La fréquence exacte de l'urticaire chronique de l'enfant (d'une durée supérieure à 6 semaines) est mal connue ; elle semble rare chez le nourrisson et peu fréquente chez l'enfant ; dans une étude de 800 patients âgés de 0 à 70 ans, 5,5 p. 100 des patients avaient moins de 14 ans [1]. L'urticaire chronique chez l'enfant est le plus souvent isolée, avec une fréquence estimée de 78 à 85 p. 100 [2-4] ; l'association urticaire chronique/angioedèmes est estimée entre 6 et 15 p. 100 [2, 3] et plus rarement, les angioedèmes sont isolés (7 p. 100 environ). L'urticaire chronique peut faire suite à une urticaire aiguë (15 à 30 p. 100 des cas) ou être d'emblée chronique [4].

Le diagnostic d'urticaire chronique devra être affirmé sur les critères habituels de l'urticaire [5] ; chez l'enfant, l'œdème aigu hémorragique du nourrisson pourrait être un diagnostic différentiel, mais il est d'évolution aiguë, de même que la

Summary

Chronic urticaria (more than 6 weeks) in childhood is rare; either the history and the clinical examination are very important to make distinction between "isolated chronic urticaria" and "urticaria associated with systemic diseases". The etiologic factors responsible for "isolated chronic urticaria" are parasitologic, infectious diseases, drugs, physical factors. If those are not present, the question of food responsibility will be discuss.

Chronic urticaria in children.

D. HAMEL-TEILLAC

Ann Dermatol Venerol 2003;130:1S69-72

maladie de Kawasaki, les toxidermies médicamenteuses, les lésions à type d'érythème polymorphe et d'érythème annulaire centrifuge, ainsi que les lésions ecchymotiques entrant dans le cadre du syndrome des enfants battus. Les lésions urticariennes chroniques peuvent se rencontrer au cours d'une mastocytose à type d'urticaire pigmentaire mais la lésion élémentaire est plus brune et non réellement urticarienne ; l'association à des lésions bulleuses doit faire évoquer une pemphigoïde bulleuse, exceptionnelle chez le petit enfant ; le lupus néonatal peut réaliser des lésions fixes parfois un peu urticariennes dans leur couleur surtout et en topographie préférentiellement au niveau du visage. De façon exceptionnelle, il a été décrit des lésions urticariennes associées à une gale mais là encore l'analyse des lésions élémentaires permet de faire le diagnostic de scabiose [6-8].

L'urticaire chronique devra être distinguée des exceptionnelles urticaires entrant dans un cadre syndromique [9-13] : il ne s'agit pas en réalité d'urticaire chronique puisque les lésions sont roses, souvent pâles, discrètement papuleuses, mais n'ont pas ce caractère œdémateux et très rapidement fugace de l'urticaire classique ; il s'agit en fait de lésions de vascularite urticarienne beaucoup plus fixes.

LA MALADIE DE STILL OU POLYARTHRITE CHRONIQUE JUVÉNILE

Elle se caractérise par des poussées de fièvre, fréquemment vespérales, en pic ; les lésions urticariennes sont plus souvent péri-articulaires : au début fugaces, elles vont devenir progressivement fixes. Il existe une altération de l'état général.

LE SYNDROME CINCA (CHRONIC INFANTILE NEUROLOGICAL CUTANEOUS AND ARTICULAR SYNDROME) OU NOMID SYNDROME (NEONATAL ONSET MULTISYSTEM INFLAMMATORY DISEASES)

C'est une affection exceptionnelle commençant par des lésions urticariennes en période périnatale ; l'enfant présente un syndrome dysmorphique avec augmentation du périmètre crânien, bosses frontales, ensellure nasale et retard de croissance. Cliniquement, en dehors des lésions urticariennes et du syndrome dysmorphique, on recherchera une asthénie, des poussées fébriles, une altération de l'état général avec retard staturo-pondéral, un retard de développement psychomoteur lié à une méningite chronique stérile ; une atteinte sensorielle (oculaire et auditive) doit également être recherchée. Enfin, il existe de façon constante un syndrome biologique inflammatoire. Le rhumatisme inflammatoire, déformant parfois de façon très importante les grosses articulations périphériques, peut être retardé par rapport aux signes initiaux.

LE SYNDROME HYPER IgD

Il se caractérise par des lésions urticariennes chroniques survenant dans la première année de vie avec arthralgies, troubles digestifs (vomissements, diarrhées, douleurs abdominales), polyadénopathie et syndrome biologique inflammatoire. Le diagnostic est confirmé par l'élévation polyclonale des IgD.

LE SYNDROME DE GLEICH

Il se caractérise essentiellement par des épisodes d'angioedème récurrents, associés à une fièvre et une hyperéosinophilie ; il débute fréquemment dans l'enfance.

Ces différents syndromes, tout à fait exceptionnels, doivent être connus, car c'est la date d'apparition des lésions urticariennes, l'existence d'anomalies que l'examen clinique recherchera (syndrome dysmorphique, arthralgies, anomalies sensorielles et/ou neurologiques, ...) qui orientent le diagnostic. Enfin, l'examen clinique doit être complet, pour ne pas passer à côté d'une exceptionnelle pathologie systémique accompagnée de lésions urticariennes : leucémie et lymphome, pathologies endocriniennes...

Enfin, on insiste actuellement sur un rôle pathogénique de l'auto-immunité chez les enfants présentant une urticaire chronique [15].

Etiologies des urticaires chroniques

La recherche de l'étiologie de l'urticaire chronique de l'enfant reste décevante [16-20]. Au cours des urticaires aiguës, des causes virales, médicamenteuses et alimentaires peuvent être trouvées.

C'est à nouveau l'interrogatoire et l'examen clinique qui permettront, au cours des urticaires chroniques, d'orienter le diagnostic étiologique qui va le plus souvent rester négatif : on recherchera bien entendu la notion de voyage, les circon-

tances de survenue de l'urticaire (soleil, facteurs physiques, urticaire de contact...), l'association à des signes systémiques tels qu'une fièvre, des arthralgies... Le rôle des facteurs alimentaires reste extrêmement difficile à préciser, leur fréquence allant de 10 p. 100 à 60 p. 100 [5] selon les séries ; chez le nourrisson, l'allergie aux protéines du lait de vache est la première étiologie [17], mais d'autres allergènes alimentaires sont possibles (œufs, ...). L'intrication de facteurs physiques est retrouvée dans 1/3 des cas, alimentaires dans 5 p. 100 ; le rôle de l'intrication avec un terrain atopique reste discuté. Le rôle exact des prises médicamenteuses et/ou de colorants ou conservateurs au long cours est difficile à affirmer (salicylates, sulfites, ...).

Devant une urticaire chronique, si l'interrogatoire soigneux ne permet pas de mettre en évidence des éléments syndromiques, ou des facteurs alimentaires ou médicamenteux déclenchants, un bilan étiologique doit être réalisé : numération-formule sanguine pour mettre en évidence une éventuelle hyperéosinophilie, VS et CRP à la recherche d'un syndrome inflammatoire, recherche d'anticorps anti-noyaux, anti-ADN, anti-thyroperoxydase, anti-thyroglobuline, dosage du complément et de ses fractions. En cas d'hyperéosinophilie, un dosage pondéral des IgE et un examen parasitologique des selles sont indiqués ; la réalisation d'une sérologie de toxocara canis sera discutée. L'enquête alimentaire, basée sur un interrogatoire patient, peut utiliser les IgE spécifiques, les prick-tests ; les régimes d'éviction sont difficiles et peuvent être dangereux (carences alimentaires) chez l'enfant ; ils ne seront donc proposés que sur des bases sûres et sous surveillance stricte sur une durée limitée.

La biopsie ne sera effectuée qu'en cas de lésions urticariennes fixes évoquant une vascularite urticarienne.

Prise en charge thérapeutique

Le traitement de l'urticaire chronique de l'enfant ne se conçoit qu'après le bilan étiologique : une fois les urticaires syndromiques éliminées, il convient d'éviter toute prise médicamenteuse au long cours ou répétée en particulier les salicylates.

Un traitement anti-histaminique doit être prescrit au moins pour trois mois quel qu'en soit le résultat ; il est préférable de prescrire des anti-histaminiques non sédatifs, et l'administration de sirops (sucrés) sera suivie d'un verre ou d'un biberon d'eau. Rappelons ici la nécessité, avant toute prescription d'anti-histaminiques chez l'enfant, de vérifier l'âge et le poids de l'enfant et la posologie adaptée ainsi que l'absence d'interaction médicamenteuse.

Les urticaires chroniques de l'enfant résistant aux anti-H1 sont exceptionnelles. On peut alors associer 2 anti-H1 ou un anti-H1 et un anti-H2 (tableau 1).

Tableau I. – Antihistaminiques chez l'enfant.

Spécialité	Présentation	Posologie : nourrisson	Posologie : 2-6 ans	Posologie : 6-12 ans	Posologie : > 12 ans
Antihistaminiques non anticholinergiques non sédatifs					
Clarityne (loratadine)	Cp 10 mg, cp efferv 10 mg, sirop c mes 5 mg	—	5 mg : 1 c mes	5 mg : 1 c mes	1 cp en 1 prise ou 2 c mes en 2 prises
Virlix (cétirizine)	Cp 10 mg, sol buv : 10 gouttes = 5 mg	—	5 mg : 10 gouttes	10 mg : 20 gouttes en 2 prises	1 cp ou 20 gouttes en 1 prise
Zyrtec (cétirizine)	Cp 10 mg, sol buv : 1 ml : 10 mg	—	5 mg : 10 gouttes en 2 prises	10 mg : 20 gouttes en 2 prises	1 cp ou 20 gouttes en 1 prise
Antihistaminiques non anticholinergiques sédatifs					
Tinset (oxatomide)	Cp 30 mg, suspens : 1 c mes = 10 mg	2 à 3 mg/kg/j en 2 prises soit 1/2 c mes en 1 prise à 1 c mes en 2 prises	1 c mes en 1 prise à 2 c mes en 2 prises	3 c mes à 4 c mes en 2 prises	> 12 ans : 6 c mes en 2 prises Adulte : 1 mg/kg/j soit 2 cp
Antihistaminiques anticholinergiques sédatifs					
Allergefon (carbinoxamine)	Cp 2 mg,	—	—	2 cp	> 12 ans : 6 c mes en 2 prises Adulte : 1 mg/kg/j soit 2 cp
Aphilan (bucizine)	Cp 25 mg	—	—	1/2 à 1 cp	1 à 2 cp
Atarax (hydroxyzine)	Cp 25 et 100 mg, sirop : c à spe = 10 mg	1 mg/kg/j	1 mg/kg/j	25 mg	25 à 50 mg
Dimégan (bromphénuramine)	Cp 4 mg, gel 12 mg, sirop : 1 c mes 2,5 ml = 1 mg ml = 1 mg, 1 c mes 5 ml = 2 mg	3 c mes à 2,5 ml en 3 prises	6 c mes à 2,5 ml en 3 prises	3 à 6 c mes à 5 ml en 3 prises	6 c mes à 5 ml en 3 à 4 prises
Mérépine (doxylamine)	Sirop 1 c mes 5 ml = 6,25 mg	—	—	4 c mes en 4 prises	8 c mes en 4 prises
Périactine (cyproheptadine)	Cp 4 mg	—	—	2 à 3 cp	1 à 5 cp
Polaramine (dexchlorpheniramine)	Cp 2 mg, cp repetabs 6 mg, sirop 0,01 % : 1 c mes 2,5 ml = 0,25 mg, 1 c mes 5 ml = 0,5 mg	3 c mes à 2,5 ml en 3 prises	3 c mes à 5 ml en 3 prises	6 c mes à 5 ml en 3 prises 1 à 2 cp à 2 mg en 3 prises	Si > 15 ans : 16 c mes à 5 ml en 4 prises ou 2 cp repetabs en 2 prises ou 4 cp à 2 mg en 4 prises
Théralène (alimimazine)	Cp 5 mg, sirop à 0,05 %, sol buv 0,04 %	Nourrisson >12 mois : 0,5 à 1 mg/kg/j en 4 prises	0,5 à 1 mg/kg/j en 4 prises	0,5 à 1 mg/kg/j en 4 prises	Adulte 4 à 8 cp en 4 prises
Antihistaminiques anticholinergiques non sédatifs					
Primalan (méquitazine)	Cp 10 mg, sirop : 1 c mes 2,5 ml = 1,25 mg	1 c mes/5 kg	1 c mes/5 kg	1 c mes/5 kg	1 c mes/5 kg Adulte : 2 cp
Quitadrill (méquitazine)	Cp 5 mg	—	—	1/2 cp/10 kg/j	Adulte : 2 cp

Références

- Ghosh S, Kanwar AJ, Kaur S. Urticaria in children. *Pediatr Dermatol* 1993;10:107-10.
- Kauppinen K, Juntunen K, Lanki H. Urticaria in children: retrospective, evaluation and follow up. *Allergy* 1984;39:469-72.
- Volonakis M., Katsarov-Katsari A, Stratigos J. Etiologic factors in childhood chronic urticaria. *Ann Allergy* 1992;69:61-5.

- Harris A, Twarog FJ, Geha RS. Chronic urticaria in childhood: natural course and etiology. *Ann Allergy* 1983;51:161-5.
- Leaute-Labreze C, Mortureux P, Taieb A. Urticaria. In: *Textbook of Pediatric Dermatology* Harper vol 1. Ed Blackwell Science, p. 587-99.
- Kawasaki T, Kosaki F, Okawa S, Shigematsu I, Yanagawa H. A new infantile acute febrile mucocutaneous lymph node syndrom (MLNS) prevailing in japan. *Pediatrics* 1974;54:271-6.

7. Ducos MH, Taiëb A, Sarlangue J, Perel Y, Pedespan JM, Hehunstre JP et al. Manifestations cutanées de la maladie de Kawasaki. *Ann Dermatol Venereol* 1993;120:589-97.
8. Legrain V, Taiëb A, Bioulac-Sage P, Maleville J. Mastocytose cutanée diffuse sans lésion permanente. *Ann Dermatol Venereol* 1994;121:561-4.
9. Humbert Ph. Les urticaires chroniques. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:1146-5.
10. Machet L, Wattier H, Vaillant L. Urticaire et maladies systémiques. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:1156-60.
11. Guillet G, Sanciaume C, Peyraud J, Hehunstre JP, Maleville J. Manifestations inaugurales d'une maladie de Still : urticaire dermatographique et pseudo-dermatomyosite. *Ann Pediatr* 1983;30:113-6.
12. Prieur AM, Griscelli C. Arthropathy with rash, chronic meningitis, eye lesions and mental retardation. *J Pediatr* 1981;99:79-83.
13. Gleich GJ, Schroeter A, Marcoux JP, Sachs MI, O'Connell EJ, Kohler PF. Episodic angioedema associated with eosinophilia. *N Engl J Med* 1984;310:1620-6.
14. Drenth JPH, Boom BW, Toonstra J, Van Der Meer JWM. Cutaneous manifestations and histologic findings in the hyperimmunoglobulinemia D syndrome. *Arch Dermatol* 1994;130:59-65.
15. Dalal I et al. Chronic urticaria in Children : Expanding the « Autoimmune Kaleidoscope ». *Pediatrics* 2000;106:1139-41.
16. Wright AL, Minford A. Urticaria and hidden salicylates. *Pediatr Dermatol* 1999;16:6463-4.
17. Legrain V, Taiëb A, Sage T, Maleville J. Urticaria in infants. A study of forty patients. *Pediatr Dermatol* 1990;7:101-7.
18. Guillet MH, Guillet G. L'urticaire alimentaire de l'enfant. Revue de 51 observations. *Allerg Immunol* 1993;25:333-8.
19. Greaves MW. Chronic urticaria in childhood. *Allergy* 2000;55:309-20.
20. Harris A, Burge SM, George SA. Solar Urticaria in an infant. *Br J Dermatol* 1997;136:105-7.